

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

360

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FRANÇOIS GONTARD

Né le 12 Octobre 1895 à Semur-en-Auxois (Côte-d'Or)

LES

**Luxations Récidivantes de la Mâchoire inférieure
et leur Traitement par les Butées Osseuses**

Président de Thèse : M. le Professeur F. LEJARS.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1927

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FRANÇOIS GONTARD

Né le 12 Octobre 1895 à Semur-en-Auxois (Côte-d'Or)

LES

Luxations Récidivantes de la Mâchoire inférieure et leur Traitement par les Butées Osseuses

Président de Thèse : M. le Professeur F. LEJARS.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1927



I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance..	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des mala-	
dies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Histologie	BRANCA.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRÉ.
Anatomie pathologique	I. de JONG.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ECALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENNOIS.
Obstétrique	LE LORIER.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Obstétrique	LEVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITTE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MOCQUOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie médicale	RICHET Fils.
Physiologie	TANON.
Obstétrique	VAUDESCAL.
Histologie	VERNE.
Pathologie médicale	VILLARET.
Ophthalmologie	VELTER.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTNER.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL LAVASTINE
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique médicale	LÉPER.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. LEJARS

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage de notre profond
respect et de notre gratitude
pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR MAUCLAIRE

Chirurgien des Asiles de la Seine
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de vive gratitude.

A LA MÉMOIRE
DE MON ARRIÈRE GRAND-PÈRE
JEAN CRUVEILHIER

DE MON GRAND-PÈRE
EDOUARD CRUVEILHIER
Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A MON PÈRE

A MA MÈRE

AUX MIENS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR L. CRUVEILHIER

DE L'INSTITUT PASTEUR

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE DIJON

• M. LE DOCTEUR E. BROUSSOLLE

Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine

M. LE DOCTEUR LECLERC

Directeur de l'Ecole de Médecine

M. LE DOCTEUR PETITJEAN

Professeur de Clinique Médicale

M. LE DOCTEUR JEAN BROUSSOLLE

Professeur de Clinique Médicale

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR DELBET

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

M. LE DOCTEUR LAUBRY

Médecin de l'Hôpital Broussais

M. LE DOCTEUR CATHALA

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE DOCTEUR LESNÉ

Médecin de l'Hôpital Trousseau

M. LE DOCTEUR HARVIER

Médecin de Bicêtre



Introduction

A propos d'un nouveau traitement opératoire de M. le Docteur Mauclairé, nous allons étudier les luxations récidivantes de la mâchoire inférieure. Elles ont donné lieu, ces dernières années, à des publications intéressantes. Après un court historique nous décrirons les principales variétés. Si les cas individualisés par A. Cooper sous le nom de *subluxations* ont prêté à discussion; il semble bien que l'on doive conserver cette terminologie à certains craquements articulaires habituels. Ils s'accompagnent d'une symptomatologie particulière qui doit les classer en dehors des luxations antérieures proprement dites.

Nous insisterons davantage sur les *luxations postérieures*. En France, elles ne sont admises qu'autant qu'elles s'accompagnent d'une fracture avec enfoncement de la partie antérieure du conduit auditif externe. Telle n'est pas l'opinion des auteurs allemands. Reprenant la question abordée autrefois par Guy de Chauliac, ils ont, à propos de quelques observations analysées avec soin, tenté de reproduire ces luxations sur le cadavre; multiplié les examens de la région articulaire; établi des mesures comparatives chez l'un et l'autre sexe. Ils sont arrivés à cette conclusion que les différentes modifications des surfaces osseuses : portion tym-

panique de l'os temporal (os tympanique), fossette tympano-stylo-mastoïdienne, condyle, etc... conditionnent les luxations postérieures.

Sans doute elles sont exceptionnelles si l'on en juge par le petit nombre des cas publiés ; mais, un de ceux qui, le premier en a fait une bonne étude ne suppose-t-il pas que bien des trismus, bien des ankyloses sont en réalité des luxations postérieures méconnues !

Nous ne dirons rien des *luxations latérales*, internes ou externes ; outre leur exceptionnelle rareté, elles s'accompagnent constamment de fracture de l'arc mandibulaire.

Certaines de ces variétés récidivantes créent une telle infirmité qu'elles nécessitent une thérapeutique active. Nombreux sont les traitements qui se sont proposés de guérir une affection parfois si tenace. Nous les passerons en revue et nous signalerons particulièrement ceux qui se sont imposés par des succès presque constants.

En dernier lieu, nous décrirons la technique des butées osseuses ostéopériostiques pratiquée pour la première fois par M. le Docteur Mauclair. Inspirateur de ce travail, nous tenons à le remercier tout particulièrement pour les conseils qu'il a bien voulu nous prodiguer.

Nous remercions aussi M. le Docteur René Bloch à qui nous devons deux observations de luxations récidivantes inédites traitées avec succès par la résection du ménisque,

Voici le plan de notre travail :

PREMIÈRE PARTIE. — LUXATIONS RÉCIDIVANTES ANTÉ-
RIEURES.

Historique.

Etiologie.

Variété.

Anatomie Pathologique et Pathogénie.

Symptomatologie.

Diagnostique.

Pronostic et Traitement.

DEUXIÈME PARTIE. — LUXATIONS RÉCIDIVANTES POSTÉ-
RIEURES.

Nous suivrons le même plan que pour les variétés
antérieures.

TROISIÈME PARTIE. — TRAITEMENT DES LUXATIONS ANTÉ-
RIEURES ET DES LUXATIONS
POSTÉRIEURES.

CONCLUSIONS. — BIBLIOGRAPHIE.



PREMIÈRE PARTIE

Luxations Récidivantes Antérieures

HISTORIQUE

I. — SUBLUXATIONS RÉCIDIVANTES ANTÉRIEURES

Sur l'existence de cette variété des subluxations, les opinions des auteurs sont loin d'être concordantes. Le premier cas signalé semble être celui d'*Asthley Cooper*, en 1842. Il publia, en effet, sous le nom de subluxation antérieure habituelle du maxillaire inférieur, une affection qu'il observa surtout chez des jeunes femmes très frêles et qu'il considéra comme due à une dislocation de la capsule et des ligaments.

Dans son *Traité des fractures et luxations* de 1860, *Hamilton*, nous apprend qu'il était lui-même, étant étudiant, atteint de cette affection. Elle disparut avec l'âge sans aucun traitement. Mais *A. Nélaton*, vers 1850, se demande, sans du reste résoudre la question, si l'on doit désigner sous le nom de luxation incomplète ce qu'*A. Cooper* a appelé subluxation. Dans le *Dictionnaire de Dechambre*, *Gillette*, toujours à propos du cas d'*A. Cooper*, ne croit pas que cette forme puisse être admise dans le cadre nosologique.

En 1887, *Annandale* publie deux observations considérées comme sublaxations, l'une chez une jeune fille de 18 ans, l'autre chez une jeune femme de trente-et-un ans. Il nous fait part de ses constatations opératoires et du résultat obtenu grâce à ses interventions. C'est en 1904, que *Werner* publie un cas curieux qu'il intitule « Luxation subméniscoïdale habituelle unilatérale compliquée d'une myosite traumatique (peut-être spécifique) du ptérygoïdien externe » ; et le *Professeur Perthes* (1907), dans un mémoire sur les luxations habituelles de la mâchoire inférieure, apporte quatre nouvelles observations personnelles de sublaxations, dont on ne connaît, dit-il, dans la littérature allemande que le seul cas de *Werner*. Il ajoute, il est vrai, que depuis *Cooper*, les symptômes décrits n'autorisent pas à confirmer le diagnostic de luxation incomplète de l'articulation temporo-maxillaire.

En 1919, *H. Pringle* critique la conception de *Cooper* et après avoir donné une nouvelle description anatomique du ménisque interarticulaire, expose à propos d'un cas personnel, le mécanisme de la sublaxation.

Haebers, en 1914 ; *Astley Ashhurst*, en 1921, apportent chacun une observation.

Signalons que d'assez nombreux craquements articulaires habituels ont été considérés et tendent à l'être de plus en plus, comme des cas de sublaxation de la mâchoire.

II. — LUXATIONS ANTÉRIEURES RÉCIDIVANTES

Nous n'avons pas l'intention de mentionner tous les cas

de luxations récidivantes antérieures, uni ou bilatérales, publiées; nous en rappellerons seulement quelques uns qui se distinguent par quelque particularité intéressante.

Demarquay, en 1863, présente, à la Société de Chirurgie, un cas de luxation double récidivante de la mâchoire et en expose le mécanisme...

Vers la même époque, *Hartisch* publie un cas et rappelle le nom de *Genzmer* qui, un des premiers, semble-t-il, employa avec succès les injections d'iode dans la région temporo-maxillaire.

Fritzsche, *Hermann Schröder*, *Nauenburg*, *Wilhelm Pfaff* tentèrent de remédier à la récurrence par l'emploi des appareils orthopédiques.

Terrier, en 1904, traite un cas avec succès par la fixation du ménisque.

Perthes (1907) guérit une malade par les injections de teinture d'iode; il envisage, par analogie avec ce qui a été fait pour les luxations habituelles de l'épaule, un traitement par suture de la capsule.

Puis viennent les observations de *Demoulin*, *Lucas Championnière*, celles du professeur *Sébileau* en 1913.

Dufourmentel et *Darcissac* (1921) font part de constatations intéressantes, faites au cours d'une opération, concernant les modifications régionales prédisposant à la luxation habituelle.

Combiér et *Murard* signalent un cas curieux survenu à la suite d'une injection d'alcool pour névralgie du trijumeau.

Citons, en 1923, quatre cas du professeur Sicard, dont deux reconnaissent comme étiologie des crises de bâillements avec secousses musculaires au cours de l'encéphalite léthargique épidémique, et qui furent tous guéris par une nouvelle méthode de traitement.

Konjetzny (1921) exposa une méthode opératoire nouvelle, en utilisant le ménisque comme butoir, et Meden (1924) critiquant le procédé précédent, préconise l'emploi d'une languette d'aponévrose prélevée sur le muscle temporal, pour s'opposer aux déplacements du condyle.

ÉTIOLOGIE

La récédive de la luxation est le plus souvent consécutive à une luxation traumatique. Bien des chirurgiens ont signalé cette fréquence (Lenormant, Werner, Konjetzny); mais généralement ces récédives sont rares, ne survenant qu'à intervalles éloignés. Ces faits sont à distinguer des vraies *luxations habituelles*, où les récédives se reproduisent au moindre mouvement de la mâchoire inférieure, chaque fois que le malade ouvre la bouche; nous y insisterons ultérieurement.

Différentes affections peuvent retentir sur l'articulation temporo-maxillaire et créer des altérations favorisant les récédives. Au cours d'une grippe, une malade fut atteinte d'arthrite aiguë bilatérale qui détermina peu après une luxation fréquemment récédivante (Konjetzny).

Comme au niveau de l'articulation de l'épaule, les crises épileptiques sont assez souvent notées comme cause de récédive des luxations temporo-maxillaires (Werner, Haecker). Dans la troisième observation que nous publions, due à l'obligeance de M. le Dr Mauclaire, la cinquième luxation survint au cours d'une de ces crises épileptiques. Les psychopathes : débilités mentaux, déments précoces, principalement au moment d'accès de rire avec contorsions du visage (Sicard) peuvent faire des récédives. C'est le cas chez le malade de M.

le D^r René Bloch, dont nous rapportons également l'observation inédite.

Ces luxations récidivantes sont fréquentes dans les asiles, surtout chez les épileptiques (Mauclaire).

Une étiologie spéciale a été signalée pour la première fois, croyons-nous, par M. le P^r Sicard. Une malade fut atteinte, en 1918, d'une encéphalite léthargique et myoclonique; dans la suite « au cours de bâillements avec secousses musculaires du visage » elle fit une luxation unilatérale gauche qui ne tarda pas à présenter une tendance fâcheuse à la récurrence. C'est aussi le cas d'un jeune garçon qui, « au moment de crises de fou rire, de pandiculations et de bâillements consécutifs à une encéphalite algo-myoclonique », fit en l'espace d'un an et demi six à sept récurrences bilatérales.

Voici une autre étiologie curieuse. A la suite d'injections d'alcool faites aux lieux d'élection suivant la technique de Pauchet, pour une névralgie du trijumeau, Combier et Murard virent progressivement apparaître une luxation à répétition de l'articulation temporo-maxillaire droite, par atteinte vraisemblable des fibres musculaires des ptérygoïdiens externes.

On pourrait penser que les modifications importantes de l'articulation temporo-maxillaire, consécutives au tabès, doivent suffisamment troubler le jeu articulaire pour déterminer des luxations récidivantes. Nous ne croyons pas que le fait ait été signalé. Dans une arthropathie tabétique (Foix et Alajouanine), on nota seulement la laxité et le mouvement de

bascule avec craquements au moment de l'ouverture de la bouche.

En faisant l'historique, nous avons vu que A. Cooper, sous le nom de subluxation, avait décrit une affection récidivante qu'il avait surtout observée chez des jeunes femmes très frêles, et dont il ramenait l'étiologie à une faiblesse plus ou moins passagère de l'articulation. Indépendamment d'autres causes favorisantes, il nous semble que l'on pourrait rapprocher ces cas des insuffisances musculaires prédominantes sur les muscles élévateurs, et récemment décrites.

VARIÉTÉS

Les luxations antérieures comprennent *deux sous-variétés* :

1° Les *luxations complètes* dans lesquelles le ménisque, coiffant le condyle maxillaire, l'accompagne dans son déplacement au devant de la racine transverse du zygoma.

2° Les *luxations incomplètes* correspondant au glissement de la tête articulaire en avant du condyle temporal, indépendamment du ménisque retenu dans la cavité glénoïde.

On a voulu individualiser la variété « Subluxation. » A. Cooper pensait qu'elle était sous-méniscoïdale ; Annendale avait trouvé un ménisque très mobile, libre dans la cavité articulaire. Il s'agit de la *luxation incomplète, sous-méniscoïdale de Monro*.

Il semble que certains craquements articulaires habituels n'occasionnant qu'une minime gêne fonctionnelle, ne présentant pas les symptômes typiques des luxations, s'accompagnant d'une réduction spontanée immédiate, doivent bien être considérés comme une variété particulière : la subluxation. Elle correspond, pour diverses raisons anatomiques, à un faible déplacement du condyle qui n'arrive pas à franchir la crête articulaire. Quant au ménisque, nous verrons à l'anatomie pathologique le rôle que H. Pringle lui attribue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE PATHOLOGIE

(Variété antérieure)

A) LÉSIONS DES OS

Le condyle coiffé du ménisque franchit la racine transverse du zygoma et sort complètement de la cavité glénoïde ; cette racine transverse forme normalement une barrière importante, et son rôle de contention est d'autant plus efficace que la glène articulaire est plus profonde.

Or, au cours d'une opération pour luxation habituelle antérieure de l'articulation temporo-maxillaire, Dufourmentel et Darcissac ont constaté que cette cavité glénoïde était sans profondeur, et que la saillie du condyle temporal était très peu marquée. « A chaque mouvement d'abaissement, disent-ils, la contraction du ptérygoïdien externe, aussi bien que celle des abaisseurs sus-hyoïdiens, tendait à amener fortement en avant le condyle maxillaire, celui-ci n'ayant pas devant lui le frein physiologique normal qui constitue le condyle temporal, obéissait facilement à cette traction et finalement s'échappait hors de la cavité glénoïde. »

Il est probable que cette déformation initiale, peut-être congénitale (Mauclaire), soit *la cause fréquente et primordiale de bien des luxations habituelles*, comme le faisait remarquer M. Mauclaire dans son *Cours d'orthopédie chez*

l'adulte. Ainsi s'expliquent, outre la grande facilité de leurs récurrences, la spontanéité de leurs réductions, en dehors des incidents dont sont si souvent menacés ces malades.

M. Mauclair nous a fait remarquer que de même que l'on a observé, au cours des luxations récurrentes de l'épaule, une hypertrophie de la tête humérale, il semble que le condyle maxillaire puisse, lui aussi, quand il est augmenté de volume, être une des causes de la grande fréquence des déplacements en avant, que la modification de volume soit congénitale ou acquise (tabès, arthrites diverses, etc...); elle aura d'autant plus d'importance sur la production de la luxation que la cavité glénoïde sera moins développée. Nous n'avons pas connaissance de cas où ce condyle maxillaire ait été considéré comme en partie responsable des récurrences.

Cependant, Terrier, dans une observation de luxation unilatérale à reproductions fréquentes, avait senti l'articulation augmentée de volume. Ultérieurement, nous verrons le rôle que les auteurs allemands ont attribué à ces anomalies des surfaces osseuses dans le mécanisme des luxations postérieures.

B) LÉSIONS DU MÉNISQUE

Au cours de différentes opérations effectuées pour luxations ou subluxations antérieures, le ménisque ayant rompu plus ou moins ses attaches, avait perdu ses connexions normales avec le condyle. Dans l'observation de M. René Bloch

(obs. n° 1), le ménisque se trouvait en arrière du condyle luxé et immobilisable.

Annendale, dans ses deux cas de sublucations, put voir un ménisque libre dont l'ablation guérit complètement ses malades.

H. Pringle explique d'une façon originale le rôle du ménisque dans la sublucation. Pour lui, le centre du ménisque qui coiffe le sommet du condyle maxillaire est très nettement épaissi; en avant de cet épaississement existe une zone amincie qui répond à la face postérieure du condyle temporal. A cet amincissement fait suite une nouvelle portion épaissie sur laquelle s'insèrent les fibres du ptérygoïdien externe.

Sous l'action de ce muscle, à l'occasion d'un mouvement brusque d'ouverture de la bouche, le ménisque se subluxe, chevauchant obliquement en avant et en dedans, le condyle maxillaire. La partie culminante épaisse du ménisque peut se coincer entre le sommet du condyle maxillaire et le tubercule articulaire du condyle temporal. Ou bien le ménisque sublucé accompagne le condyle maxillaire dans le mouvement d'ouverture de la bouche, mais ne réintègre pas sa place dans le mouvement de fermeture, formant alors un corps étranger articulaire. A l'opération chez son malade, *Pringle* trouva un ménisque totalement mobile.

N. Médin dit que l'on peut trouver un ménisque altéré, et que l'on peut tenir, pour responsables de la luxation, les lésions méniscales. Mais nous n'avons pas trouvé d'observa-

tions de luxations récidivantes où ces altérations aient été constatées.

C) LÉSIONS DES MUSCLES

Astley Cooper, Hamilton, dans certains cas de subluxations habituelles, particulièrement observées chez des personnes très frêles, pensent que l'étiologie doit être ramenée en partie à une faiblesse de la musculature de la région. Cette opinion leur semble d'autant plus légitime que les malades ont été complètement guéris par une thérapeutique médicalemente destinée à combattre leur mauvais état général. L'atteinte de certains muscles peut troubler l'équilibre de la mâchoire et être une cause de luxation habituelle. L'observation de Combiér et Murard (du Creusot) en est une preuve curieuse. Ils voient, comme nous l'avons rapporté précédemment, une luxation habituelle se constituer progressivement à la suite d'injections d'alcool pour névralgie faciale. Le P^r Sicard en attribua la cause à l'atteinte des fibres musculaires du ptérigoïdien externe, dont Darcissac, dans sa thèse, a bien montré le rôle d'abaisseur de la mâchoire.

C'est du reste pour pallier à l'insuffisance des muscles redresseurs de la mâchoire que le P^r Sicard a imaginé son traitement de l'alcoolisation qui a pour but de renforcer la contractilité des muscles défaillants, ou d'exciter leur tonus.

Enfin, sans nous étendre sur le cas douteux de Werner, de luxation habituelle avec myosite du ptérigoïdien externe probable, nous rappellerons l'opinion de Thiem sur l'im-

portance que peut avoir une modification de l'angle maxillaire sur la contraction des différents muscles masticateurs, et consécutivement sur la production des luxations.

D) LÉSIONS DE LA CAPSULE

a. *Distension*. — La majorité des auteurs s'accordent pour lui assigner un rôle tout à fait secondaire dans la facilité de la production des récidives. Werner pense, à propos de la luxation subménisçoidale de Monro, que la laxité physiologique de la capsule articulaire et des ligaments est seulement augmentée par la luxation, et que cette laxité se traduirait par un certain degré de mobilité du maxillaire inférieur.

Tel est également l'avis de Pringle, de Médén, de Konjetzny.

Au cours d'opérations, il a été souvent observé une laxité tout à fait anormale, au moins de la partie externe de la capsule, parfois seule visible, comme dans le cas de Dufourmentel et Darcissac; mais cette distension est acquise, secondaire à la luxation, et d'autres causes viennent expliquer le caractère de la luxation (*cavité glénoïde sans profondeur*). De l'aveu de Konjetzny, les différents traitements qui ont pour but de modifier uniquement les dimensions de la capsule, malgré quelques résultats immédiats, ne déterminent généralement que des succès peu durables, ou même échouent complètement. Ce serait une preuve du rôle accessoire de la capsule.

b. *Déchirure*. — A. Cooper pensait que dans les subluxations antérieures récidivantes, le ménisque s'échappait à travers la capsule déchirée. Il semble que le fait doive se produire principalement au cours d'une première luxation, de production plus ou moins brusque, alors que capsule et ligaments n'ont pas eu le temps de subir une distension progressive.

SYMPTOMES

I. — SUBLUXATIONS ANTÉRIEURES

Nous n'insistons pas sur les symptômes observés par A. Cooper, Hamilton, Perthes dans leurs observations. Rien ne permet de les distinguer de ceux des luxations antérieures récidivantes. Quant aux cas de craquements articulaires habituels considérés comme des subluxations, certains caractères les différencient des luxations. Les arcades dentaires sont souvent très peu écartées ou même entrent en contact; le déplacement très minime de la tête articulaire, qui peut n'atteindre qu'une fraction de millimètre (Werner), conditionnerait ce symptôme. Enfin le défaut presque absolu de déviation du menton, une dépression pré-auriculaire très peu marquée ou même absente, une gêne fonctionnelle presque inexistante, la grande facilité de réduction qui est immédiate, spontanée (en dehors de toute complication) assignent à cette variété une place tout à fait à part.

L'intensité des craquements varie avec les malades et peut à elle seule leur rendre la vie insupportable.

II. — LUXATIONS ANTÉRIEURES

C'est à l'occasion de l'ouverture de la bouche (mastication, bâillement, parole, etc...) que survient la luxation, mais

à ce propos nous rappelons la distinction à établir entre les luxations récidivantes et les luxations habituelles, quant à la fréquence du phénomène.

C'est subitement que le malade se trouve dans l'impossibilité de fermer la bouche, et en dehors de l'irréductibilité toujours possible, la luxation se réduit généralement spontanément, ou par simple manœuvre exécutée par le patient. Le degré d'ouverture de la bouche nécessaire pour provoquer la luxation est très variable. Dans certaines luxations habituelles, le moindre écartement des arcades dentaires suffit, la mâchoire se luxe sans trêve (Sébileau, Combier et Murard, Peugniez, Dufourmentel et Darcissac). Dans d'autres cas, une certaine ouverture de la bouche est nécessaire pour que la luxation se produise. Chez une malade de Terrier, les arcades dentaires s'écartaient de deux centimètres et demi sans incident; mais dès que ce degré d'ouverture était dépassé, le condyle du côté droit franchissait la racine transverse du zygoma.

Demoulin cite le cas d'une jeune fille chez laquelle un abaissement de la mâchoire de un centimètre déterminait une luxation unilatérale; mais si on la priait d'ouvrir la bouche plus largement, le condyle gauche se déplaçait à son tour, la luxation devenait bilatérale.

Les craquements articulaires accompagnent très souvent les récidives. Légers, ils peuvent ne pas être perçus objectivement; mais ils sont parfois si intenses qu'ils attirent l'attention des personnes de l'entourage et amènent les malades à

réclamer une intervention (Peugniez, Dufourmentel et Darcissac).

La douleur accompagne parfois les luxations (Combiér et Murard, Terrier), et cette douleur peut augmenter de plus en plus, de même que la difficulté de la réduction (Astley Ashhurst).

Le menton est dévié du côté opposé à la luxation, dans les luxations unilatérales. La mobilité dans le sens latéral est variable et dépend de la distension de la capsule et des ligaments. En exerçant une pression sur le menton pour l'empêcher de se dévier vers la gauche, Terrier, chez un malade, s'opposait au déplacement du condyle maxillaire au moment de l'ouverture de la bouche. Par contre, un malade du P^r P. Sébilleau, en état de luxation gauche, par un petit coup donné sur le menton de gauche à droite, transformait celle-ci en luxation bilatérale.

L'on peut suivre, en mettant un doigt au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, le déplacement du condyle en avant. Au moment où il franchit la racine transverse l'on perçoit un ressaut, qui peut se produire également à nouveau, à la fermeture de la bouche. Le doigt qui palpe sent, en avant du tragus, à la place normale du condyle, une dépression plus ou moins accusée, à laquelle fait suite la saillie de la tête articulaire.

Lorsque la luxation se produit d'une façon presque continue, le malade est non seulement gêné pour parler, mais aussi pour manger. Sa mastication se fait, comme l'a observé

le P^r Sébilleau, par des mouvements de diduction, elle est pénible et attaque mal les aliments.

La gêne est beaucoup moins intense si la récurrence n'a lieu qu'à intervalles espacés, car en dehors des déplacements, les mouvements sont presque toujours normaux. Pourtant certains malades, sous la menace de récurrences de plus en plus fréquentes, parfois avec irréductibilité, réduisent au minimum les mouvements de leur mâchoire et se trouvent dans une situation intolérable.

Dans un cas observé par M. Mauclaire, chez une femme de 70 ans, celle-ci en mastiquant mettait tout le temps le poing sous son menton pour éviter la luxation.

RADIOGRAPHIE DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

(Bercher et Chaumet, Delherm et Morel-Kahn)

Nous décrivons la technique de *Bercher et Chaumet* dont *Krивine*, dans sa thèse, a souligné l'intérêt. Ces auteurs rappellent la difficulté de faire une bonne radiographie de l'articulation temporo-maxillaire : « Située à la base du crâne, voisine de l'apophyse mastoïde qui peut la masquer, elle risque encore de se trouver sur la même projection de la colonne vertébrale. Lorsque ces écueils ont été évités, l'articulation ou la branche montante du côté opposé peuvent troubler les images. »

Berger et Chaumet utilisent les quatre incidences : Radio de face et radio de la base du crâne en projection horizontale pour les déplacements latéraux ; Radio de profil et radio dite « Pour l'étude de la mastoïde » afin d'apprécier les angulations d'arrière en avant dans le plan sagittal.

1. — *Radiographie de face* avec inclinaison convenable du tube :

« TECHNIQUE : Le tube incliné à 15° fait un angle de 75° avec le plan du dos du sujet. Il est déporté un peu vers les pieds de façon à ce que le rayon central (rayon oblique)

« tombe au centre de la plaque en passant par la nuque du
« malade, environ au niveau de la deuxième vertèbre cer-
« vicale.

« RÉSULTATS : Le film montre une face dont les deux
« côtés sont bien symétriques. Le rocher et la base du crâne
« sont chassés vers le haut. Le maxillaire inférieur se pré-
« sente comme une vaste arcade romane renversée. Les bran-
« ches montantes paraissent continuer directement, sans an-
« gulation, le corps de l'os.

« Les apophyses coronoides disparaissent. Les cols
« des condyles sont particulièrement mis en évidence
« ainsi que la partie inférieure des condyles eux-mêmes.
« L'interligne articulaire n'est pas aussi nettement dessiné.

« La déformation de toute la région condylienne est as-
« sez importante, cependant cette incidence permet une bonne
« étude des fractures du col et des déplacements de la bran-
« che montante et des condyles dans le plan frontal. »

2. — *Radiographie de la base du crâne en projection horizontale par l'incidence vertex-menton-plaque et par l'incidence menton-vertex-plaque (Hirtz).*

« Nul autre procédé ne donne d'aussi belles images con-
« dyliennes. Ici, les condyles sont parfaitement dessinés, sans
« déformation, dans leur forme ovoïde, et comme on peut
« étudier le côté malade par comparaison avec le côté sain,
« les déplacements condyliens avec ou sans fracture sont pré-
« cisés dans le sens frontal et dans le sens sagittal.

« Au point de vue spécial de l'étude de l'articulation
« temporo-maxillaire, les radio de la base du crâne en projec-
« tion horizontale sont beaucoup plus démonstratives que les
« radiographies de face. »

3. — *Incidence du maxillaire défilé :*

« Faire coucher le malade à plat ventre, la tête de profil,
« le côté que l'on désire étudier reposant sur le film. Il ne
« faut pas essayer d'obtenir un profil rigoureux. Naturelle-
« ment, le patient rapproche du plan de la table la ligne sa-
« gittale front-nez-menton. Cette attitude est avantageuse,
« car la projection de la branche montante opposée sera dès
« lors chassée en avant. Incliner le tube vers le sommet de la
« tête de 20° environ. Le rayon central doit tomber un peu
« en arrière du gonion du côté sain. La bouche est maintenue
« ouverte. »

« RÉSULTAT : L'incidence du maxillaire défilé donne l'i-
« mage d'un profil orienté de manière à dégager le condyle.
« Le côté qui reposait sur la plaque est net, tandis que le côté
« opposé disparaît vers le haut. L'interligne de l'articulation
« temporo-maxillaire se présente sur ces radiographies avec
« une courbe à concavité inférieure, plus accentuée qu'elle ne
« l'est en réalité, dans laquelle le condyle s'engage apparais-
« sant réduit à un simple renflement osseux. »

4. — *Incidence :* « Radiographie pour l'étude de la mas-
toïde. »

« Profil oblique qui donne une déformation condylienne

« sensiblement égale à celle fournie par l'incidence maxillaire
« défilé, et la netteté de l'articulation temporo-maxillaire est
« moindre. »

D^r L. Lacronique a imaginé un procédé qui permet d'obtenir une image de l'interligne et du condyle en projection sensiblement normale, c'est-à-dire sans déformation ; mais, dit Bercher, il n'est applicable qu'avec des appareils spéciaux pour radio dentaire, qui n'utilisent que le rayon central de l'ampoule à rayons.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des luxations antérieures semble facile du fait des nombreux symptômes qu'elles déterminent. La possibilité de suivre le condyle dans son déplacement antérieur, et de sentir une dépression à la place qu'il devrait occuper, doit suffire au cas où les autres signes manqueraient plus ou moins de netteté.

Mais les craquements articulaires habituels considérés comme des subluxations doivent faire penser à d'autres affections, qui les simulent parfois au point de rendre incertain le diagnostic.

1° — Bien que rares, les *arthropathies tabétiques* de l'articulation temporo-maxillaire ont des symptômes communs avec les cas de subluxations. Foix et Alajouanine, au cours de Tabès poli-arthropatique, ont signalé la laxité et le mouvement de bascule avec craquements des articulations temporo-maxillaires dans l'ouverture de la bouche.

La recherche des autres signes de la série tabétique permettront d'établir une discrimination.

2° — Plus fréquentes, mais aussi plus difficiles à différencier seront les *arthrites déformantes sèches*. L'articulation de la mâchoire pourra être la première atteinte, mais le plus souvent d'autres articulations seront déjà déformées et

orienteront le diagnostic. La crépitation est généralement indolente, la raideur de la mâchoire gêne les mouvements, surtout au réveil, la marche est lente, mais peut aller jusqu'à l'ankylose. La radiographie prise selon le procédé de la base du crâne en projection horizontale, préconisé par Bercher et Chaumet, pourra montrer un condyle déformé; et peut-être des stalactites osseuses unissant ce condyle aux os de la base du crâne seront-elles repérées sous des incidences variables. Le P^r Lejars, chez une femme de 36 ans souffrant depuis plusieurs années, et dont les mâchoires ne s'écartaient péniblement que de deux centimètres avec de gros craquements, réséqua le condyle. La guérison de cette forme monoarticulaire se maintenait encore au bout de trois ans.

PRONOSTIC

Il résulte en grande partie de la fréquence du déplacement. S'il est toute une série d'intermédiaires, on peut du moins considérer, comme le fait remarquer le P^r Sébilleau, deux grandes classes de luxations. Certains individus ne se luxent la mâchoire qu'à intervalles plus ou moins éloignés; ils peuvent rester des semaines, des mois, des années sans que le déplacement se produise. Ce sont là les degrés divers de la luxation récidivante accidentelle. Mais, par contre, il y a des sujets chez lesquels le déplacement se produit plusieurs fois par jour, et même au moindre mouvement d'ouverture de la bouche, que le malade parle, mange ou bâille. Il s'agit alors de la vraie luxation habituelle, continue.

Si d'autres symptômes viennent encore s'ajouter à cette fréquence : douleurs plus ou moins vives, craquements intenses perçus à distance, l'on comprend que les malades, vrais infirmes, viennent réclamer une intervention.

Il y a plus; l'évolution peut être entrecoupée d'incidents dont le plus sérieux est l'irréductibilité. S'il est des luxations récidivantes qui guérissent complètement avec l'âge, ou une amélioration de l'état général (cas de Cooper, Hamilton); le plus souvent les déplacements deviennent de plus en plus

fréquents, facilités par les modifications locales consécutives à leur multiplicité. C'est au cours d'un de ces états que l'irréductibilité peut survenir. Elle est telle parfois que ni les manœuvres classiques, ni l'anesthésie générale n'aboutissent à un résultat. Nous en publions deux cas où, tout ayant échoué, il fallut pratiquer une intervention chirurgicale. Le D^r Dufourmentel a pu se rendre compte, au cours d'une opération, de la cause qui rendait toute tentative de réduction illusoire. Il s'agissait d'une malade d'une trentaine d'années dont la première luxation remontant à l'âge de dix ans. Les récidives étaient devenues de plus en plus fréquentes, si bien qu'il ne se passait guère de mois sans que cet accident lui arrivât. M. le D^r Dufourmentel constata que le ligament latéral externe, formait une sangle tendue et qui se tendait davantage à toute tentative de réduction. Le condyle avait franchi la racine transverse du zygoma qui le calait par son versant antérieur. Le ménisque fixe et rigide dans sa partie antérieure augmentait la cale que formait la racine transversée. Tout effort pour reculer le condyle, dit Dufourmentel, amenait la partie antérieure du ménisque à se raidir et à se soulever davantage, si bien qu'elle élevait une barrière d'autant plus saillante que l'effort de recul était plus puissant.

DEUXIEME PARTIE

Luxations Récidivantes Postérieures

HISTORIQUE DES LUXATIONS POSTÉRIEURES

Les luxations postérieures de la mâchoire ont été signalées par *Guillaume de Salicet* vers 1506, qui en décrit les principaux symptômes : Impossibilité d'ouvrir la bouche, de manger, de parler ; perception, au niveau du condyle déplacé, d'une légère saillie.

Guy de Chauliac les connaît et *Ambroise Paré* tout en les admettant fait remarquer qu'elles sont plus rares qu'on ne le prétend généralement.

Fabrice d'Aquapendente en discute la possibilité et adresse à *Guillaume de Salicet* et aux autres chirurgiens qui les ont décrites le qualificatif d'« *Anatomes Imperiti* ».

Purmann, en 1684, mentionne quelques symptômes comme le défaut de correspondance des deux arcades dentaires. Il est le premier, dit *Steiner*, qui en donne un traitement rationnel : « quand le maxillaire est en rétropulsion, il faut d'abord exercer une légère pression en bas et en

arrière, puis alors l'attirer en avant et le ramener à sa place habituelle ».

Heister, en 1743, dans son *Traité de Chirurgie*, prétend que la luxation postérieure du maxillaire ne peut pas se produire à cause des saillies osseuses de la région. « Si quelques médecins affirment son existence, ils ne se basent sur aucune observation probante ».

Telle est aussi l'opinion de *Jean-Louis Petit* qui considère l'apophyse mastoïde et la paroi antérieure du conduit auditif externe comme un obstacle à sa réalisation.

Junker (1771) croit qu'elle ne peut se produire qu'avec beaucoup de difficultés puisqu'elle en est empêchée par l'apophyse mastoïde, l'apophyse styloïde et la « spina ossis temporum ».

Vogel en mentionne trois cas (1759) et donne les symptômes suivants. Le retrait de l'arcade dentaire inférieure, le déplacement de l'axe du maxillaire inférieur, l'impossibilité d'ouvrir la bouche, et la proéminence du condyle du côté luxé.

Dans ses « éléments de Pathologie chirurgicale, *A. Nélaton* s'exprime ainsi : « Il est inutile de s'arrêter à refuter l'existence des luxations en dedans et en dehors de *Guillaume de Salicet*, et de la luxation en arrière de *Lanfranc* et de *Guy de Chauliac* dans laquelle les dents de la mâchoire inférieure sont en arrière de celles de la mâchoire supérieure. Ces luxations ne peuvent exister », /

Walther avoue que sa production lui semble bien difficile et que si elle se fait, ce ne peut être qu'une subluxation.

Wernher, en 1875, est plus catégorique et prétend que pour qu'une luxation en arrière, analogue aux trois cas de Vogel puisse se faire, il manque l'espace nécessaire. Entre la tête articulaire et le conduit auditif osseux la distance n'atteint même pas trois millimètres, et de plus la région est occupée par des ganglions.

Cet exposé nous montre, qu'au dix-huitième siècle, l'opinion générale n'était pas favorable à la luxation postérieure, même en Allemagne, jusqu'au moment où Thiem, au Congrès de Chirurgie de 1888, en fit une bonne étude à propos de cinq cas personnels : Depuis, aux observations déjà publiées, s'ajoutent quelques autres; mais malgré tout elles sont très rares puisque Haecker qui, en 1907, consacra un mémoire à ces variétés ne mentionne que treize cas connus, ce sont ceux de :

Vogel, 1759	3 cas
Croker-King, 1855	1 cas
Thiem, 1888	5 cas
Albert, 1892	1 cas
Steiner, 1893	1 cas
Bischof, 1893	1 cas
Haecker, 1907	1 cas

Dès 1893, cette rareté faisait l'étonnement de Steiner qui ne trouvait pas très flatteur de voir que depuis les cas

initiaux de Vogel en 1759, jusqu'aux travaux de Thiem, le plus grand silence ait régné sur ce sujet en Allemagne.

En France, nous n'avons pas réussi à découvrir un seul cas de luxation pòstérieure dans la littérature, et nous croyons que l'opinion de A. Nélaton, de Jean-Louis Petit et de Gillette, etc... prévaut encore aujourd'hui.

Sans prendre parti dans le débat, nous avons cru intéressant d'exposer le résultat des recherches qui, depuis Vogel, ont tenté de faire entrer cette variété particulière de luxation dans le cadre nosologique.

ÉTIOLOGIE

des Luxations Postérieures Récidivantes

Parmi les cas de luxations postérieures publiés, nous notons des récidives.

3 fois : à la suite d'un serrement trop intense des arcades dentaires (Vogel).

3 fois : au cours de contractions rhumatismales du muscle temporal, chez des malades qui pendant leur sommeil avaient été exposés aux courants d'air (Thiem).

1 fois : après une chute sur le menton (Thiem).

3 fois : au cours de manipulations dans la bouche. Laryngoscopie pour dysphagie chez un tuberculeux pulmonaire (Bischof); examen du pharynx (Thiem); soins dentaires (Steiner).

2 fois : après un bâillement, au moment de la fermeture de la bouche (Thiem).

1 fois : pendant une opération dentaire (Albert).

Enfin, chez la malade de Haecker la première luxation survint au cours d'une crise épileptique, et se reproduisit plusieurs fois par la suite soit pendant le repas, soit au cours de bâillements.

VARIÉTÉS

Les luxations postérieures avec fracture et enfoncement de la paroi antérieure du conduit auditif externe étant éliminées, nous n'envisagerons que les *luxations dites complètes*.

On a bien décrit une observation de *subluxation postérieure* (cas d'Albert); mais le cas est fort douteux et nous n'en parlerons pas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

des Luxations Postérieures — Notions sur les variations anatomiques individuelles — Pathogénie

Nous exposerons avec quelques détails les recherches faites par les auteurs allemands concernant les modifications osseuses de la région temporo-maxillaire capables de permettre le déplacement du condyle en arrière.

VARIATIONS ANATOMIQUES :

C'est Thiem qui le premier, en 1888, publia une étude importante sur ces variations; Steiner, en 1893, adopte les constatations faites par son prédécesseur et fait part de ses recherches personnelles. Enfin Haecker, en 1924, complète les descriptions antérieures.

La possibilité de produire la luxation postérieure sur le squelette dépend de la conformation du temporal, du maxillaire inférieur, et des rapports de ces deux os entre eux.

Examinons :

- 1° La structure de l'os tympanique;
- 2° La fosse tympano-stylo-mastoidienne;
- 3° La forme du maxillaire inférieur;
- 4° Le condyle maxillaire.

1° *L'os tympanique* est un os plat qui se termine au conduit auditif externe (Hyrtil). Il descend du rocher ver-

ticalement, puis se recourbe en arrière en s'enroulant sur lui-même à mi-hauteur de la mastoïde, mais plus bas en général chez l'homme. Au point d'intersection de la partie verticale et horizontale existe une crête, assez prononcée chez l'homme, mais simple épaissement à bord mousse chez la femme (tubercule tympanique de Thiem; courbure en selle *Sattelkrümmung* de Steiner).

Surface quadrangulaire, assez irrégulière aux courbures accentuées chez l'homme; triangle aux trois côtés sensiblement égaux, avec courbures moins accusées ou même inexistantes chez la femme.

Haecker dénomme la crête qui sépare la face antérieure de la face inférieure de l'os tympanique et qui réunit l'apophyse pétreuse à la mastoïde : crista-stylo-mastoïdienne. Il l'a trouvée, en général, très tranchante chez l'homme, et émoussée chez la femme. On peut la considérer comme le point culminant que doit franchir le condyle pour arriver dans la fossette tympano-stylo-mastoïdienne.

La luxation postérieure se produira d'autant plus facilement que :

- a) *L'os tympanique* au lieu de descendre verticalement, se dirigera obliquement de la scissure de Glaser vers le bas.
- b) *Sa surface* sera plus excavée.
- c) *La crista-stylo-mastoïdienne* sera moins tranchante.
- d) *L'enroulement* de l'os tympanique pour former le conduit auditif externe, se fera moins bas.

e) *La hauteur* de sa surface antérieure sera moins grande.

Steiner avait mesuré cette hauteur; tous ses calculs ont été faits sur cent crânes des deux sexes, et autant que possible de même âge. En voici le résultat :

	<i>Hauteur maxima</i>	<i>H. minima</i>	<i>H. moyenne</i>
<i>Hommes :</i>	28 mm.	17 mm.	25 mm.
<i>Femmes :</i>	26 mm.	17 mm.	20 mm.

Haecker mesurant cette hauteur de la scissure de Glaser à la crista-stylo-mastoïdienne a trouvé 11 millimètres comme plus petite distance sur une tête de femme, alors que généralement elle était de 13, 15 ou 20 millimètres.

2° *La fosse tympano-stylo-mastoïdienne.* — C'est dans cette région, ainsi dénommée par Thiem contre le bord antérieur de la mastoïde, que se fait la luxation postérieure. Cette fosse est limitée en avant par le tubercule tympanique, en arrière par la mastoïde, en dedans par l'apophyse styloïde. Elle doit être assez grande pour contenir la tête articulaire qui ne doit pas avoir un trop grand diamètre frontal ou sagittal. Or, ces conditions se trouvent le plus souvent réalisées sur les crânes de femmes. Chez l'homme, au contraire, il est plus fréquent :

- a) De voir l'os tympanique descendre presque verticalement de la scissure de Glaser, et se terminer presque aussi bas que l'apophyse mastoïde.
- b) De lui voir une crête antérieure très tranchante et
- c) Une fosse tympano-stylo-mastoïdienne étroite. Souvent

même elle n'existe pas quand la surface tympanique descend presque aussi bas que la mastoïde.

Haecker a constaté que l'apophyse styloïde, dont la situation n'est pas toujours la même, peut former un obstacle direct à la luxation postérieure. C'est le cas lorsqu'elle se trouve latéralement; seule sa fracture peut permettre à la luxation de se produire.

Les mensurations de Steiner sur la largeur de la fosse tympano-stylo-mastoïdienne lui ont donné les chiffres suivants : (moyenne faite sur cent crânes des deux sexes) :

	<i>Maxima</i>	<i>Minima</i>	<i>Moyenne</i>
<i>Hommes</i> :	13 mm. 5	8 mm.	12 mm.
<i>Femmes</i> :	15 mm. 5	8 mm.	11 mm.

3° *Forme du maxillaire inférieur.* — Pour Thiem, la forme du maxillaire inférieur aux différentes périodes de la vie, ainsi que les modifications qu'il présente chez l'homme et chez la femme ont une grande importance dans la production de la luxation postérieure. Dans la jeunesse et la vieillesse l'angle formé par la branche horizontale et montante serait un angle obtus. Les muscles masticateurs perdraient de ce fait leur pouvoir de contraction en avant et ne conserveraient que leur pouvoir élévateur. Seul le muscle temporal garderait son pouvoir de contraction en arrière; il n'aurait donc plus d'antagonistes. De l'avis même de Haecker, Thiem en reconnaissant cette variabilité de l'angle aux différents âges aurait tiré des conclusions qui sont loin d'être admises

par tout le monde. Cependant il croit, pour sa part, que les luxations postérieures se produisent plus facilement chez la femme (neuf cas contre trois chez l'homme) en raison de ce que, chez elle, cet angle est le plus souvent obtus.

Il a essayé de produire des luxations postérieures dans 114 cas (59 chez l'homme, 55 fois chez la femme). La luxation fut possible :

Sur le crâne féminin dans 74 % des cas.

Sur le crâne masculin dans 37 % des cas.

Ce pourcentage semble bien concorder avec les constatations antérieures de Thiem et de Steiner. Haecker ne tire du reste pas des conclusions systématiques; il fait remarquer que les variétés anatomiques et individuelles sont nombreuses. Sur un crâne d'homme où la luxation postérieure fut possible, il put constater que la partie antérieure de l'os tympanique se dirigeait obliquement en bas et en arrière; par contre, sur un crâne de femme où toute tentative de luxation postérieure avait échoué, l'os tympanique se dirigeait presque verticalement en bas.

4° *Condyles maxillaires*. — Les dimensions et la forme des condyles jouent un rôle important dans la production des luxations postérieures, de même que leurs rapports respectifs avec les diamètres correspondants de la fosse tympano-stylo-mastoïdienne.

Déjà Steiner, de ses mensurations sur des crânes d'hommes et de femmes, avait conclu à l'existence de condyles généralement moins développés chez la femme :

a) Diamètre sagittal des condyles maxillaires :

	<i>Maxima</i>	<i>Minima</i>	<i>Moyenne</i>
<i>Hommes</i> :	13 mm. 5	8 mm.	11 mm. 5
<i>Femmes</i> :	11 mm. 5	7 mm. 5	9 mm.

b) Diamètre frontal des condyles maxillaires :

	<i>Maxima</i>	<i>Minima</i>	<i>Moyenne</i>
<i>Homes</i> :	23 mm. 5	17 mm.	20 mm.
<i>Femmes</i> :	23 mm.	8 mm.	18 mm.

Plus le diamètre sagittal et frontal du condyle maxillaire sera petit, plus la luxation postérieure pourra se produire facilement.

Quant aux autres lésions pouvant accompagner les luxations postérieures récidivantes, elles n'ont pu être élucidées. Ces variétés ont pu être réduites, dans les observations publiées, avec assez de facilité pour ne jamais donner lieu à une intervention opératoire.

L'on ignore donc si le ménisque accompagne le condyle maxillaire dans son déplacement en arrière, et si la capsule subit ou non une déchirure pour livrer passage à la tête articulaire.

SYMPTOMES

des Luxations Postérieures

La situation du condyle maxillaire dans la fosse tympano-stylo-mastoïdienne, modifie les rapports normaux des deux mâchoires entre elles et provoque les symptômes suivants, observés par les auteurs allemands.

-° *La fermeture de la bouche* serait un des principaux symptômes. Dans une observation de Thiem, concernant une femme, c'est subitement au moment où un médecin examinait la gorge que la bouche se ferma. Les dents étaient si fortement serrées les unes contre les autres qu'il eut beaucoup de peine à enlever l'abaisse-langue introduit.. Les mêmes symptômes surviennent au cours d'une larynscopie chez une malade de Bischof.

2° On observe toujours la *rétrorsion du maxillaire inférieur*. On peut voir normalement la rangée des incisives inférieures un peu en retrait sous celle des incisives supérieures, mais elle est généralement minime et n'atteint pas les 9 millimètres mesurés par Steiner.

3° Pour permettre le diagnostic certain de luxation postérieure, Thiem exigeait que le *condyle maxillaire soit senti directement sous le conduit auditif externe, en avant de la*

mastoïde. Dans certains cas, il serait même visible sous la forme d'une petite saillie.

Haecker a observé d'autres symptômes chez une femme de 51 ans. C'est la seule observation où l'on ait rencontré, chez la même malade, une luxation antérieure et une luxation postérieure (obs. n° 4).

Au cours d'une crise épileptique, il se fit une luxation postérieure; elle fut réduite, mais ultérieurement, pendant les repas, les bâillements, il y eut plusieurs récides. Au moment de la luxation, on remarquait l'apparition de cyanose de la face et de dyspnée, phénomènes déterminés par une imperméabilité des fosses nasales, et une absence complète de dentition empêchant la respiration. Haecker put à volonté reproduire la luxation en arrière. La bouche de la malade ouverte, il exerçait par ses pouces une pression en bas au niveau de l'angle de la mâchoire; puis soulevant légèrement le menton, il faisait faire un léger mouvement de rotation au maxillaire. Par la manœuvre inverse, il réduisait facilement la luxation.

Podlaha (Brünn) a décrit un cas curieux de *luxation croisée*. La luxation antérieure d'un côté était associée à une luxation en arrière, de l'autre côté; mais consécutive à un traumatisme, et non récidivante, la luxation postérieure s'accompagnait d'un enfoncement de la paroi antérieure du conduit auditif externe, condition considérée par lui comme obligatoire dans les luxations postérieures.

DIAGNOSTIC

Les circonstances qui précèdent les luxations postérieures avec enfoncement de la paroi antérieure du conduit auditif externe permettront de les éliminer. Le choc sur le menton, l'hémorragie par le conduit auditif externe, la douleur vive au moindre mouvement de la mâchoire, autant de signes qui ne prêtent guère à l'erreur. De plus, les symptômes propres aux luxations postérieures sans fracture seront absents. Nous avons signalé l'opinion de Thiem qui pensait que certains tremus et des ankyloses de la mâchoire avaient été pris pour des luxations postérieures; il suffit de signaler le fait pour rechercher les signes qui pourraient mettre sur la voie du diagnostic.

PRONOSTIC

Dans les cas publiés, les récidives ne furent pas fréquentes, ce qui rend ces luxations peu graves. Pour que le pronostic puisse devenir grave il faudrait un ensemble de circonstances absolument exceptionnelles qui puissent provoquer des phénomènes d'asphyxie, comme dans l'observation de Haecker.

TRAITEMENT

I. — Traitements des Luxations Récidivantes Antérieures

I. — APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

Le premier traitement prothétique pour luxations habituelles semble avoir été fait par le D^r Fritzsche, de Leipzig. Il s'agissait d'une malade du D^r Perthes, jeune fille de 19 ans, qui chaque fois qu'elle ouvrait la bouche se subluxait (Perthes) le maxillaire du côté gauche. Le déplacement était léger, mais s'accompagnait de craquements intenses perceptibles à distance. Le D^r Fritzsche construisit un appareil composé d'une plaque palatine qui portait une masse d'ébonite, de la grosseur d'une noisette, et bien polie. Cette petite masse s'appliquait contre la face interne du masséter gauche. Avec cet appareil, la subluxation ne se reproduisit pas durant une période d'observation de deux ans. D'après l'auteur, la petite bouie d'ébonite avait pour but de s'opposer au cheminement en avant du masséter, au moment de l'écartement des mâchoires.

Hermann Schröder prend un appui sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde. D'après Haebaers, à qui nous empruntons la description, l'appareil se composait d'une plaque palatine fixée aux dents par des crochets. Elle portait un pro-

longement métallique qui se dirigeait en arrière et en-dedans, et dont l'extrémité libre était revêtue d'une masse de gutta-percha dans laquelle le bord antérieur du coroné venait s'imprimer à chaque écartement des mâchoires. On ajoutait la quantité de gutta nécessaire pour ne plus permettre qu'un mouvement d'ouverture limité de la bouche. Un cas de luxation habituelle fut guéri par ce procédé.

Nauenburg a employé l'appareil pour fractures des mâchoires de Schröder, mais légèrement modifié, de même que Pfaff.

Hœbaers (de Bruxelles) emploie un dispositif dans les luxations communes, qui peut servir dans les luxations habituelles uni ou bilatérales. C'est un système d'élastiques fixés à des gouttières de métal cimentées aux dents. Ils attirent la mâchoire (dans le cas de luxation unilatérale) dans le sens inverse de son déplacement, et limitent les mouvements d'ouverture de la bouche.

Comme ces appareils doivent être gardés plusieurs mois, ils pourraient déterminer le déplacement des dents et modifier l'articulé dentaire; aussi Hœbaers préfère l'appareil américain du D^r Angle mais dont les bagues seraient munies d'ailettes verticales.

Bien d'autres appareils ont été préconisés; nous nous contenterons de citer les noms de Kühs (1890), Heuckeroth (1889), Von Hacker (1907).

Il est évident que l'on ne peut prévoir si un appareil donnera un résultat dans les luxations habituelles; tout dépend

de la cause qui détermine la luxation. Comme le fait remarquer Hœbaers; ce ne sont pas les moyens prothétiques qui rendront au ménisque son adhérence; aussi, si des résultats ne sont pas rapidement acquis avec les appareils, il faudra recourir à d'autres traitements.

II. — INJECTIONS D'IODE OU D'ALCOOL

Pour remédier à la laxité ligamentaire, mais surtout capsulaire, considérée comme cause principale de luxations habituelles, on eut recours à des injections périarticulaires et même intraarticulaires. *Genzmer*, comme *Hartisch* le rapporte dans sa thèse (1883), a obtenu des succès par les injections d'iode. Il injecte dans la région de l'articulation temporo-maxillaire, en avant du tragus, immédiatement sous le bord inférieur de l'arcade zygomatique, 0 gr. 50 à 0 gr. 75 de teinture d'iode, et répète l'injection au bout de trois ou quatre jours.

Perthes, chez une jeune fille de 20 ans atteinte depuis deux ans d'une luxation habituelle, avec craquements articulaires, injecta dans la région postérieure à l'articulation $\frac{3}{4}$ de cent. cube de teinture d'iode. Après une légère réaction, tous les phénomènes de subluxation disparurent.

Tillmann croit que seul l'alcool agit et dit avoir eu un succès dans une luxation récidivante de l'épaule.

Haecker emploie également une solution d'alcool (alcool : 20 gr. ; eau distillée, 100 gr.). Il traite sa malade épileptique, sujette aux luxations antérieures et postérieures récidivantes, par l'alcool. Vingt injections dans la partie postérieure de

l'articulation améliorèrent puis guérèrent la luxation antérieure.

Konjetzny, dans quelques rares cas de luxations douloureuses, eut recours à la même méthode. Mais il ne paraît pas enthousiaste de ce mode de traitement et fait remarquer qu'il détermine la formation d'adhérences qui ne facilitent pas une intervention toujours possible.

N. Meden est plus catégorique encore dans son appréciation. Outre que l'alcool risque d'atteindre le facial, dit-il, il ne donne pas de résultats durables.

Rappelons à ce propos l'observation de *Combier* et *Murard* qui virent s'installer une luxation à répétition à la suite d'injections d'alcool pour névralgie faciale. Ils n'obtinrent, par l'éther iodé introduit dans l'articulation, aucun résultat. Plus intéressant dans ses résultats est le traitement par l'alcoolisation musculaire locale, préconisé par le *P^r Sicard*. Considérant que, sous l'influence de l'activité des muscles abaisseurs ou projecteurs de la mâchoire, les muscles redresseurs (masseters, temporaux, ptérygoïdiens internes) se montrent insuffisants et déterminent dans certains cas les luxations récidivantes; il eut l'idée de rétablir le jeu articulaire et de maintenir l'équilibre en renforçant la contractilité des muscles élévateurs. Dans quatre cas de luxations récidivantes, il injecta de l'alcool à 90° en pleine masse musculaire (2 cm cubes pour les masseters et les temporaux, 1 cm cube pour les ptérygoïdiens). La guérison fut immédiate et persistante; l'ouverture de la bouche est demeurée normale, sans aucune constriction.

III. — PLISSEMENT DE LA CAPSULE

Les résultats inconstants obtenus par les injections d'iode ou d'alcool dans la région articulaire ont déterminé quelques chirurgiens à pratiquer directement une rétraction de la capsule soit par plissement, soit par excision. Les succès obtenus au niveau de l'épaule dans des cas de luxation récidivante, par cette opération, l'avaient fait préconiser par Perthes. Mais à sa connaissance, en 1907, aucune intervention de ce genre n'avait été pratiquée.

Ritter a excisé une portion de la capsule, mais l'on ne sait pas s'il obtenait un succès durable.

Le P^r G. Konjetzny, en tous cas, fait de sérieuses critiques à la méthode et constate avec satisfaction qu'elle n'a pas eu beaucoup de partisans. Il lui reproche : 1° de ne pas prendre en considération la hauteur du tubercule articulaire et sa direction plus ou moins verticale ; 2° de ne porter aucune attention aux états pathologiques qui peuvent être rencontrés dans l'articulation. L'excision ne peut être faite que sur la partie latérale, dit-il, en partie aux dépens du ligament latéral externe dont une des attributions est d'empêcher un trop grand déplacement de la tête en avant ; une luxation habituelle ne peut se faire qu'après sa distension acquise. Remplacé par une cicatrice, celle-ci ne tardera pas à être à son tour distendue par les mouvements inévitables du maxillaire inférieur.

Enfin *N. Meden*, en 1924, proposant une opération ingénieuse, critique à son tour les raccourcissements de la capsule pour les mêmes motifs.

IV. — FIXATION DU MÉNISQUE : *MENISCOPEXIE*

Annandale, vers 1887, dans les deux cas considérés par lui comme des subluxations, trouve un ménisque détaché et très mobile. Il le réintégra à sa place normale et le fixa au périoste du bord externe de l'articulation.

Terrier, dans une luxation unilatérale droite récidivante, après incision horizontale sur le bord inférieur de l'arcade zygomatique, fixe ce ménisque par son bord externe, aux tissus fibropériostiques recouvrant l'arcade zygomatique. Les récidives ne se reproduisent plus.

Dujarier obtient deux succès par simple méniscopexie, en 1903 et en 1904. Malgré ces succès, il ne semble pas que cette intervention se soit répandue et nous verrons ultérieurement que la résection du ménisque garde la faveur des chirurgiens. C'est en 1921 que le P^r G. Konjetzny décrit un procédé entièrement nouveau que nous allons rappeler. Dans une luxation bilatérale habituelle du maxillaire inférieur, les appareils de prothèse, les injections bilatérales d'alcool échouèrent. C'est alors qu'il se proposa d'utiliser le ménisque comme *butoir*. Après incision de Kocher et mise à nu de l'articulation, il incise le périoste sur l'apophyse zygomatique, le décolle et ouvre la capsule qui est séparée du bord externe du ménisque. Il abaisse un lambeau constitué par le périoste et la capsule, détache le ménisque en dedans et en arrière, puis le fait passer complètement en avant du condyle en le faisant pivoter sur son insertion antérieure. Son bord postérieur devenu inférieur

est fixé au ptérygoïdien externe et au bord postérieur du masseter, et le lambeau (périoste et capsule) relevé et fixé à l'apophyse zygomatique. L'auteur insiste sur deux points essentiels : ne pas léser le ligament latéral externe qui sera reconstitué à la fin de l'opération ; respecter les attaches du ménisque à la partie antéro-interne et externe.

Au moment de l'ouverture de la bouche, le ménisque, dans sa nouvelle position, forme un obstacle au déplacement du condyle en avant. Le résultat fut excellent, de même que chez une deuxième malade avec luxation d'un côté et subluxation de l'autre.

N. Meden a reproché à ce procédé de supprimer le rôle principal du ménisque qui est d'égaliser et d'amortir les pressions interarticulaires. De plus, l'on peut trouver un ménisque altéré qu'il faut alors enlever.

Il propose, sans utiliser le ménisque, de constituer un frein qui s'oppose au déplacement du condyle en avant. Pour cela, il taille, au devant du muscle temporal, une languette d'aponévrose qui est rabattue en avant et en bas. Il faut lui calculer une longueur telle que, suturée à la paroi antérieure de la capsule, elle opère sur cette paroi une traction en haut et en arrière. Plus d'un an après l'opération, la malade de *Meden* n'avait pas présenté de récurrence.

V. — RÉSECTION DU MÉNISQUE

RÉSECTION DU MÉNISQUE

ET RÉTRÉCISSEMENT CAPSULAIRE COMBINÉS

C'est l'intervention qui est le plus souvent pratiquée dans

les luxations récidivantes. Non seulement elle s'attaque à un ménisque qui a plus ou moins perdu ses caractères normaux, mais encore et surtout elle remédie à la déformation initiale, bien souvent cause des récidives, le défaut de profondeur de la cavité glénoïde (Dufourmentel et Darcissac). Dans leur observation, ces auteurs ont complété l'opération par une résection de la capsule, qui fut trouvée d'une laxité considérable. Cette résection du ménisque donne généralement d'excellents résultats, aussi la voyons nous employée dans la plupart des cas. (Alglave, Peugniez, Astley Ashhurst, Gernez, Pringle, Combier et Murard).

Elle s'adresse aussi aux cas d'irréductibilité, et dans deux des observations que nous publions le condyle put être ramené en place aussitôt après l'ablation du ménisque, alors que tout avait échoué précédemment.

VI. — RÉSECTION DU CONDYLE.

La résection du condyle a été très rarement pratiquée dans les luxations récidivantes. Kocher pensait que l'on pouvait être amené à la faire dans ces variétés; et Werner, dans un cas de luxation subméniscoïdale habituelle probable, obtint une guérison par résection sous-périostée du condyle.

Les indications principales en sont les ankyloses de la mâchoire; aussi, n'insisterons-nous pas davantage sur ce mode opératoire.

VII. — BUTÉES OSSEUSES OSTÉOPÉRIOSTIQUES

(MAUCLAIRE)

Les butées osseuses ostéopériostiques ont été pratiquées au niveau des différentes articulations ; nous allons en donner un rapide historique :

- Sur le calcanéum : Rocher.
- Sur l'astragale : Putti, Nové-Josserand.
- Sur la rotule : Albee (luxations récidivantes).
- A la hanche : Hueter, Kœnig, Fergusson pour les luxations congénitales.
- A l'épaule : Mauclore (luxations récidivantes).
- Sur l'articulation sterno-claviculaire (Mauclaire).

Elles n'avaient pas encore été faites au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, lorsque M. Mauclore la pratiqua chez un malade atteint de luxation récidivante.

Incisions préconisées pour aborder l'articulation

L'écueil à éviter, c'est l'atteinte du nerf facial. La distance qui sépare la branche temporo-faciale du bord inférieur de l'apophyse zygomatique est en moyenne de 18 millimètres, c'est-à-dire d'un bon travers de doigt. Huguier décrit une incision courbe qui fut modifiée par Guisoulphe (1910). D'autres sont soit linéaires perpendiculaires, soit parallèles à l'interligne articulaire (Bottini, Richet). Dufourmentel fait une incision en V à pointe inférieure que Bureau utilise pour la résection des condyles. La branche postérieure du V, longue de 3 centimètres, est verticale et immédiatement prétra-

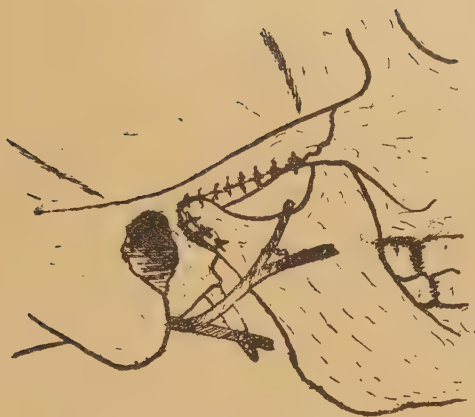


FIGURE I
Incision transversale et petite incision verticale



FIGURE II
Emplacement du Greffon ostéopériostique : schéma de la
Radiographie

gienne. La branche antérieure, longue également de 3 centimètres, est oblique de 45° environ sur la verticale. La pointe du V ne doit pas descendre au-dessous du niveau de l'interligne articulaire. Pour écarter le facial, l'on doit inciser légèrement et ne couper que la peau ; on abaisse ensuite les tissus mous. M. Mauclaire a fait remarquer que cet abaissement des parties molles par l'écarteur peut déterminer un tiraillement du nerf et provoquer une parésie ou une paralysie du facial. (orbiculaire des paupières et des lèvres). Elle est généralement transitaire (trois semaines dans un cas). Le P^r Konjetzny, qui utilise le ménisque comme butoir, fait sur l'apophyse zygomatique une incision qui lui est parallèle et d'une longueur de 1 centimètre 5. Aux deux extrémités de celle-ci il trace une autre incision verticale ; le ligament latéral externe se trouve ainsi circonscrit par les trois branches.

Se proposant d'éviter toute cicatrice visible, Ph. Bockenheimer aborde l'articulation par une incision rétro-auriculaire en décollant le pavillon et coupant transversalement le conduit ostéotubulaire. Après cette section, le pavillon se laisse attirer en avant aussi loin qu'on veut et l'articulation se trouve exposée.

M. Mauclaire fait remarquer que dans l'opération des butées osseuses, très peu de place est nécessaire. Il fait une incision sous zygomatique de cinq centimètres, puis à l'extrémité antérieure de cette dernière une seconde, verticale de un centimètre et demi, descendant du tubercule zygomatique

(figure 1). On ne doit pas descendre plus bas pour ne pas léser le facial.

Le malade dont nous publions l'observation avait déjà présenté quatre luxations antérieures bilatérales. Epileptique, c'est au cours d'une crise que survint la cinquième. M. Mauclore fit l'opération le 15 octobre 1926, et plaça un greffon ostéopériostique autoplastique après avivement à la rugine de la racine transverse de zygoma.

La région fut radiographiée trois mois après : à droite on voyait le greffon osseux faisant butée devant le condyle ; à gauche le greffon n'était pas visible.

La luxation ne s'est pas reproduite ultérieurement. On aurait pu craindre que la butée, de par son siège, gênât ultérieurement les mouvements d'abaissement du maxillaire inférieur. En réalité la tête articulaire modèle le greffon osseux.

II. — Traitement des Luxations Récidivantes Postérieures

Aucun des cas de luxations postérieures signalés n'a donné lieu, croyons-nous, à une intervention chirurgicale ; la réduction a pu être faite presque toujours avec assez de facilité.

Purmann faisait une traction sur le maxillaire, d'abord en arrière et en bas, puis en avant.

Vogel se plaçait derrière le malade, et à l'aide des pouces exerçait une pression en bas et en avant sur les condyles perceptibles au-dessous du conduit auditif externe, contre le bord antérieur de la mastoïde.

Dans la plupart des récurrences observées par *Thiem*, l'ouverture forcée de la bouche permettait au condyle maxillaire de glisser en avant, sur le tubercule tympanique, et de regagner sa place normale. En cas d'échec il recourait au procédé de *Purmann*. Nous avons vu que, chez sa malade, *Haecker* pouvait reproduire intentionnellement la luxation postérieure par la manœuvre classique de réduction des luxations antérieures. Pour ramener la tête articulaire de la fosse tympano-stylo-mastoïdienne dans la cavité glénoïde, il recommande le procédé initial, un peu modifié, seule « réduction anatomophysiologique ». Il exerce sur l'angle de la mâchoire une pression en bas et avant, puis imprime au menton un mouvement de rotation en bas et en arrière.

Pour éviter les récides il conseille les injections d'alcool dans la capsule et dans la région avoisinante. C'est la première observation de luxation postérieure où ce mode opératoire fut pratiqué. Faites tout d'abord dans l'espoir d'empêcher les luxations récidivantes antérieures ; ces injections furent continuées après l'apparition des luxations postérieures (obs. n° 4). Le résultat semble avoir été excellent, puisque peu à peu les deux variétés de luxations diminuèrent de fréquence, puis disparurent complètement. Le traitement par les butées osseuses, pourrait peut-être s'appliquer à ces variétés, à la partie postérieure, au niveau de la crête tympano-stylo-mastoïdienne.

Observations inédites

OBSERVATION I

Luxation récidivante. — Ablation du ménisque.

(Pavillon de Chirurgie de Sainte-Anne)

(De M. le Docteur René Bloch)

G... Fernande, 20 ans.

Luxation bilatérale de la mâchoire, récidivante. Troisième luxation.

La première en 1925 fut réduite le troisième jour sans anesthésie.

La deuxième au début de 1926, réduite par le dentiste le troisième jour.

La luxation actuelle 5 septembre 1926, la malade est au troisième jour, essai infructueux de réduction sous chloroforme.

M. le Docteur René Bloch opère le 8 septembre 1926.

Il pratique une incision horizontale droite sous zygomatique, de deux centimètres.

Le ménisque est en place sur le condyle.

Le condyle est mobilisable par les ciseaux courbes introduits sous le zygoma et faisant levier.

A gauche, incision symétrique.

Le ménisque est en arrière du condyle.

Le condyle n'est pas mobilisable.

Extirpation du ménisque.

La réduction est très facilement obtenue par la manœuvre classique des pouces dans la bouche.

Suture cutanée des deux côtés.

OBSERVATION II

Luxation récidivante. — Ablation du ménisque.

(De M. le Docteur René Bloch)

L... Henri-Marius, 46 ans (affaiblissement intellectuel).

Première luxation il y a trois mois, facilement réduite.

Deuxième luxation : le malade est envoyé le 29 juin 1922, la luxation unilatérale droite date de vingt-cinq jours.

Vaine tentative de réduction sous le chloroforme.

Opération le 7 juillet 1922 faite par M. le Docteur René Bloch.

Anesthésie générale au chloroforme.

Incision horizontale de deux centimètres sous le zygoma.

Résection du ménisque.

Réduction facile.

Le malade meurt six mois après l'opération, sans avoir présenté de récurrence de sa luxation.

OBSERVATION III

Luxation récidivante. — Butée osseuse antérieure avec greffes ostéo-périostique.

(Observation de M. Mauclair)

(Pavillon de Chirurgie de Sainte-Anne)

Malade âgée de 48 ans, présente sa cinquième luxation

bilatérale en avant de la mâchoire. Elle est survenue dans une crise d'épilepsie.

Opération le 15 octobre 1926.

Incision transversale sous l'arcade zygomatique.* Petite incision verticale d'un centimètre partant du tubercule de la bifurcation de la racine zygomatique. Mise à nu de la partie antérieure de l'articulation et de la capsule. La capsule articulaire n'est pas distendue. Avivement à la rugine de la racine transverse du zygoma. On ne sent pas le ménisque déplacé. Mise en place du greffon ostéopériostique pris chez le malade à la face interne du tibia. Suture des parties molles.

Même opération du côté opposé.

Le 15 février, on sent à droite une induration osseuse.

Radiographie trois mois après l'opération :

1° A droite, on voit un greffon osseux faisant butée devant le condyle.

2° A gauche, on ne voit pas de greffon ostéopériostique. Depuis l'opération plus de récidives.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE M. MAUCLAIRE :

Premier temps : prise de la greffe au tibia de la malade ;

Deuxième temps : incision sous zygomatique horizontale de cinq centimètres.

Troisième temps : petite incision verticale d'un centimètre descendant du tubercule du zygoma ; on ne descend pas plus bas pour ne pas léser le facial.

Quatrième temps : on arrive sur la racine transversale du zygoma ; on la rugine pour l'aviver.

Cinquième temps : on place les greffons ostéopériostiques contre la racine transverse du zygoma.

Sixième temps : suture des parties molles.

Dans son opération, M. Mauclair n'a pas trouvé la capsule distendue.

LUXATION POSTÉRIEURE RÉCIDIVANTE

Observation du Professeur Haecker

LUXATIONS ANTÉRIEURES ET POSTÉRIEURES RÉCIDIVANTES

(in Brüns Beitrage zur Klinik Chirurgie. Bd. 52, p. 748, 1907)

Elisabeth P..., femme de 51 ans, de très faible constitution et épileptique. En 1861, au cours d'une crise épileptique, elle se fit une luxation typique dont la réduction ne put se faire immédiatement. Admise à l'hôpital la réduction ne put être faite que de façon incomplète, si bien que les dents du maxillaire supérieur pénétraient dans les gencives du maxillaire inférieur au moment de la mastication, et surplombaient l'arcade inférieure. Il s'était formé des ulcérations gingivales qui ne disparurent qu'après l'extraction des dents. La luxation se produisait pendant les bâillements et au cours des repas. La réduction était faite par le médecin ou les parents.

En 1862, cette situation anormale des arcades dentaires, et les ulcérations gingivales la font entrer à l'hôpital où peu à peu l'extraction de toutes les dents dut être faite. La malade était obligée de prendre beaucoup de précautions au cours des repas, sans quoi la luxation récidivait.

Au mois d'août 1883, après une période de tranquillité, la luxation s'est reproduite. Réduction facile. Depuis récides journalières. Le 9 juin 1884, après l'échec de toutes les manœuvres de réduction tentées

par le médecin, la malade est venue à la clinique. On ne réussit pas à réduire par la technique habituelle, et l'on est obligé d'exercer une certaine pression sur le maxillaire gauche.

Dans l'espoir d'obtenir une amélioration de son affection, la malade demande, quinze jours plus tard, à être admise à l'hôpital.

EXAMEN ACTUEL DE LA MALADE :

Pendant les bâillements et fréquemment au cours des repas il se fait une luxation antérieure du maxillaire à droite. Une forte pression extérieure exercée sur la joue et sur le maxillaire inférieur gauche provoque la réduction. Pendant cette manœuvre, on sent très bien le condyle maxillaire qui glisse sur la racine transverse du zygoma. Les deux maxillaires sont complètement édentés. La malade ne peut ouvrir la bouche qu'avec beaucoup de prudence, sans quoi la luxation se reproduit. Malgré toutes les précautions prises la récurrence survient au moins une fois par jour. La réduction est toujours assez facile. On a pratiqué des injections d'alcool (alcool absolu 20 cc.; eau distillée 100 cc), à droite, dans la région articulaire. Du 27 juin au 6 juillet, on a fait journellement une injection d'une seringue de Pravaz.

Le 30 juin 1884, le quatrième jour après la première injection, il s'est produit une luxation bilatérale antérieure typique au moment où la malade ouvrait la bouche. Réduction très facile. On continue chaque jour les injections, et on les fait dans la région postérieure de la capsule. La luxation unilatérale droite se reproduit presque journellement. Au moment de la réduction, on perçoit très nettement deux ressauts : le premier lorsque la réduction est presque complète ; le second quand la réduction est complète. La malade accuse une douleur au niveau de l'articulation droite. On arrête les injections d'alcool après la dixième.

Jusqu'ici il n'y avait qu'une luxation antérieure uni ou bilatérale qui survenait pendant les repas ou les bâillements. Mais le 8 juillet à midi au cours du repas, ainsi que le 9 au soir pendant un bâillement, il s'est produit pour la première fois spontanément une luxation bilatérale postérieure. Le bord alvéolaire du maxillaire inférieur est très en retrait sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur ; il est appliqué contre le palais, et complètement immobilisé. La figure de la malade normalement allongée, est considérablement raccourcie. La distance de la pointe du

nez au menton a diminué du tiers, presque de moitié. Les bords antérieurs des muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont très visibles et apparaissent comme des sangles. La langue plaquée contre le palais obture complètement la bouche, et la lèvre supérieure repoussée en haut par la lèvre inférieure obstrue les fosses nasales, si bien que la malade présente immédiatement de la cyanose et de la dyspnée. J'ai été appelé par l'infirmière de garde car la malade était déjà « toute bleue », et j'ai dû intervenir de suite. La réduction a été faite par des tractions sur le maxillaire inférieur en bas et en avant, ainsi que par une rotation du menton en bas. Comme le maxillaire est complètement édenté, cette réduction est très facile. L'introduction des deux pouces dans la bouche ne présente aucune difficulté.

Au bout de quelques jours, lors d'une réduction d'une luxation bilatérale antérieure, il s'est produit une luxation bilatérale postérieure. Le lendemain, l'on a produit intentionnellement une luxation bilatérale postérieure pour pouvoir a photographier.

Les manifestations qui se produisent au moment de la luxation postérieure sont toujours les mêmes.

L'on continue les injections d'alcool; on en a fait vingt environ. L'état de la malade s'est considérablement amélioré; du 12 au 15, aucune luxation ne s'est reproduite. La dernière injection a été faite le jour où la malade a quitté le service pour rentrer chez elle (6 juillet). Le 1^{er} janvier 1889, elle m'a écrit, sur ma demande, pour m'annoncer que durant les trois mois qui avaient suivi son départ les récides s'étaient encore reproduites, mais qu'elles devenaient de plus en plus rares. Depuis le 29 novembre 1884, il ne s'est fait ni luxation antérieure, ni luxation postérieure pour pouvoir la photographier.

Après bien des recherches, j'ai appris que cette femme, actuellement âgée de 73 ans, n'avait plus présenté de luxation depuis 1889. La dernière luxation remonte donc à vingt-deux ans. Mon cas présente un certain intérêt, car, outre les symptômes décrits antérieurement (impossibilité d'ouvrir la bouche; apparition spontanée de la luxation postérieure pendant un bâillement ou la mastication; retrait de l'arcade dentaire inférieure; perception du condyle maxillaire au devant du conduit

77

auditif externe), c'est le seul où l'on ait rencontré en même temps, chez le même individu une luxation antérieure et postérieure ; où soient apparues de la cyanose et de la dyspnée ; où la luxation postérieure ait pu être produite volontairement au gré de l'opérateur ; et où la thérapeutique employée ait amené une guérison de la luxation habituelle, guérison qui persiste depuis vingt-deux ans.

Conclusions

- I. — Certaines variétés de craquements articulaires semblent devoir être considérés comme des subluxations antérieures habituelles.
- II. — Par la fréquence des récides qui surviennent parfois sans trêve à la moindre ouverture de la bouche ; par le trouble qu'elles apportent dans les différents actes : parole, mastication ; par les craquements plus ou moins intenses qui les accompagnent souvent ; par l'irréductibilité toujours possible ; les luxations habituelles de la mâchoire peuvent être une véritable infirmité.
Indépendamment des causes musculaires ou ligamentaires, la faible saillie de la racine transverse du zygoma, semble jouer de plus en plus un rôle capital dans la fréquence des récides. Des altérations osseuses congénitales peuvent être une cause prédisposante (Mauclaire).
- III. — D'après les auteurs allemands, les luxations postérieures, indépendante d'une fracture avec enfoncement de la paroi antérieure du conduit auditif externe, semblent bien exister réellement.

Rares, on les observe presque toujours chez la femme.

IV. — Leur mécanisme paraît bien élucidé, et dépend des modifications des surfaces osseuses de la région temporo-maxillaire.

Ces modifications intéressent principalement :

a) La portion tympanique de l'os temporal (os tympanique); interviennent surtout :

Sa direction oblique en bas et en arrière;

Son excavation;

La hauteur de sa paroi antérieure depuis la scissure de Glaser;

Et la crête stylo-mastoïdienne (Haecker) qui est émoussée au lieu d'être tranchante.

b) La fosse tympano-stylo-mastoïdienne (Thiem) qui doit être assez grande pour contenir la tête articulaire, et ne pas être fermée par l'apophyse styloïde.

c) Les condyles maxillaires dont les différents diamètres (sagittal et frontal) doivent correspondre aux dimensions de la fosse précitée.

d) L'angulation du maxillaire; un angle obtus contribuant à favoriser le déplacement en arrière.

V. — Des nombreux traitements préconisés, certains méritent de retenir particulièrement l'attention. Les résultats impossibles à prévoir, en tous cas à longue

échéance, des appareils prothétiques; les échecs fréquents des injections iodées ou alcooliques péri-articulaires; les critiques justifiées faites aux interventions strictement capsulaires font que ces interventions ne doivent être qu'exceptionnelles.

Si la méniscopexie donne des succès, il semble bien que la résection du ménisque et l'alcoolisation musculaire locale, suivant la technique du Professeur Sicard, doivent être à des titres divers, considérées comme les méthodes de choix.

Mais nous attirons l'attention sur le nouveau traitement de M. Mauclaire par les butées osseuses ostéopériostiques. Il crée au devant du condyle maxillaire un obstacle susceptible de remplacer le rôle du frein physiologique normal insuffisant et si souvent responsable des récidives.

Vu le Doyen,

ROGER.

Vu le Président,

LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

Bibliographie par ordre chronologique

- 1686 PURMANN. — Des chirurgischen Lorbeerkranges. *Dritter Theil*, p. 544.
- 1759 VOGEL ZACHARIAS. — Anatomische, chirurgische und medizinische Beobachtungen und Untersuchungen. Rostock, Kap, 31, p. 217. *Von einem hinterwärtz Verrenkten Unterkiefer Backen.*
- 1837 PETIT JEAN-LOUIS. — Œuvres complètes. T. I, p. 23.
- 1841 GUÉRIN. — *Gaz. méd. de Paris*, nos 7 et 10.
- 1842 COOPER A. — A treatise on dislocations and fractures of the joints. A new edition by B Cooper, London.
- 1849 NÉLATON CH. — Luxations de la mâchoire inférieure. *Traité de Chirurgie de Duplay*. Reclus, T. 3.
- 1849 NÉLATON M. — Observation sur les luxations de la mâchoire inférieure. *Rev. méd. Chir.*, T. 6, p. 284. *Gaz. des Hôp.*, 15 novembre.
- 1855 VERNHER. — Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, Giessen.
- 1855 CROKER-KING. — Case of disloc. of the lower jaw, upwards and backwards monthly. *Journal of Méd. et Dublin Hospital Gaz.*

- 1860 HAMILTON. — *A pratical treatise on fractures and dislocations*, Philadelphia.
- 1863 DEMARQUAY. — Luxations doubles de la mâchoire inférieure. *Bull. Soc. Chir.*, p. 119.
- 1868 MATHIEU. — Recherches expérimentales et critiques sur les luxations de la mâchoire inférieure. *Arch. gén. méd.*, août, p. 129.
- 1883 HARTISCH. — Ueber Kasuistik und Therapie der habituellen Schulter und Unterkieferluxation, Halle.
- 1886 FARABEUF. — Luxations de l'articulation temporo-maxillaire. *Bull. Soc. Chir.*, octobre.
- 1887 ANNANDALE. — *On the displacement of the interarticular cartilage of the lower jaw and its treatment by operation*, *Lancet*, T. 1, p. 411.
- 1888 THIEM C. — Ueber Verrenkungen des Unterkiefers nach hinten. *Langenb. Archiv.*, Bd. 37, p. 526. *Verhandl. d. Deutschen Gesellsch. f. Chir.*, p. 77.
- 1891 SCHNITZLER. — Zur Frage nach der Existenz eines Kapselrisses bei der Kieferluxation. *Zentralbl. f. Chir.*, p. 889.
- 1891 NOCKERT. — Appareils pour luxations récidivantes. *Archivio di orthopédia*, p. 78.
- 1892 DERS. — Verrenkung des Unterkiefers nach hinten. *Wien med. Wochensch.*, n° 22.
- » DERS. — Observations upon congenital luxations of the inferior maxilla. *Dublin quarterly journal of medical sciences*, Vol. 21.

- 1893 BISCHOF. — Ein Fall von Luxation des Unterkiefers hinten. *Münch. med. Wochensch.*, n° 31, p. 581.
- 1893 STEINER FR. — Ueber retroglenoidale Subluxation und Luxation der Unterkiefers. *Arch. f. Klin. Chir.* Bd. 45, p. 622.
- 1903 ALBERT. — Luxationen des Kiefergelenkes. *Scheffs Handbuch der Zahnheilkunde*, Wien, Bd. 2.
- 1904 PINATELLE et RIVIÈRE. — Lux. bilat. de la mâch. guérison par résection des deux condyles. *Arch. générales*, n° 3.
- 1904 TERRIER. — Luxation récidivante de la mâchoire inférieure. *Bull. et Mémoires. Soc. Chirurgie*, p. 702, juin.
- 1904 WERNER. — Ueber eine merkwürdige durch Resektion geheilte Funktionsstörung des Unterkiefergelenkes. *Brüns' Beiträge zur Klin. Chir.* Bd. 41.
- 1905 LEJARS F. — Intervention opératoire dans le rhumatisme chronique déformant. *Semaine Médicale*, p. 27.
- 1907 PERTHES G. — Die Verletzungen und Krankheiten der Kiefer. *Deutsche Chirurgie*, T. 33 a, p. 53 et bibliographie.
- 1907 VON HAECKER. — Ueber die Verrenkung des Unterkiefers nach hinten, Zugleich beitrage. *Zur behandlung der habituellen Kieferverrenkung*. Brüns, *Beitrage zur Klinik Chirurgie*, Bd 52, p. 748.
- 1907 NOCKERT. — Luxations postérieures de la mâchoire. *Archivio di Orthopedia*, p. 163.

- 1910 SORLAT et PÉNELOT. — Appareil applicable aux luxations ou fractures du maxillaire inférieur. *Archives de médecine et pharmacie militaire*, T. 56, n° 11.
- 1910 GRISOULPHE. — De la résection de l'articulation temporo-maxillaire dans l'ankylose de la mâchoire. *Thèse de Paris*.
- 1911 HERMANN SCHRÖDER. — Frakturen und Luxationen der Kiefer, Berlin.
- 1911 HAENISCH. — Radiographie isolée d'une moitié d'un maxillaire : *Fortschritte auf dem gebiete der Roentgenstrahlen*, Tomes 15 et 16.
- 1911 WILHELM PFAFF. — *Ueber neuere Fortschritte in der Zahnheilkunde*, Leipzig.
- 1913 SÉBILEAU P. — Luxation spontanée perpétuellement récidivante de la mâchoire inférieure, unilatérale ou bilatérale à la volonté du malade. *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, T. 39, n° 37, p. 1.619.
- 1913 DEMOULIN. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 25 juin, p. 1.030. Luxation récidivante de la mâchoire inférieure.
- 1914 BELOT. — *Journal de Radiologie de Paris*, T. I.
- 1914 NAUENBURG. — *Deutsche Zahnärztliche Zeitung*.
- 1914 HÆBAERS. — Contribution à l'étude du traitement des Luxations de la mâchoire inférieure. *Annales de la Polyclinique centrale de Bruxelles*, n° 3, p. 93.

- 1916 GUILLEMINET. — De la réduction sanglante précoce de la luxation temporo-maxillaire. *Lyon Médical*, T. 126, n° 6.
- 1916 MATHIEU. — *Journal de Radiologie de Paris*, T. 3.
- 1919 H. PRINGLE. — Subluxation du ménisque de l'articulation temporo-maxillaire. *British Journal of Surgery*, T. 6, n° 23, janvier.
- 1920 LEULERO. — Nouvelle position de choix pour examen radiographique du maxillaire inférieur. *Journal de Radiologie et d'Electrologie*, Paris, T. 4, n° 1.
1920. BOCKENHEIMER PH. — Une nouvelle méthode pour découvrir l'articulation temporo-maxillaire sans cicatrice visible et sans blessure du nerf facial. *Zentralblatt fur Chirurgie*, T. 47, n° 52.
- 1920 BUREAU. — Traitement chirurgical du Prognathisme par la résection des condyles. *Thèse*, Paris.
- 1920 DARCISSAC. — De la mobilisation physiologique et permanente du maxillaire inférieur en Chirurgie maxillo-faciale. *Thèse*, Paris.
- 1921 ASTLEY ASHHURST. — Un cas de subluxation unilatérale récidivante de la mâchoire inférieure. L'excision du ménisque dans la joue à ressort. *Annals of Surgery*, 1921, T. 73, n° 6, p. 712.
- 1921 KONJETZNY G.-E. — Die operative Behandlung der habituellen Unterkieferluxation. *Archiv. f. klinische Chirurgie*, Bd. 116, Fas. 4, p. 681-692.

- 1921 DUFOURMENTEL et DARCISSAC. — Traitement chirurgical de la luxation habituelle de l'articulation temporo-maxillaire. *Revue de Stomatologie*, T. 23, n° 10, p. 545 à 549.
- 1922 DUFOURMENTEL et DARCISSAC. — Traitement de l'ankylose temporo-maxillaire, 31^e Congrès français de Chirurgie.
- 1922 GERNEZ. — Luxation récidivante de la mâchoire. Résection bilatérale des ménisques. *Société de Chirurgie de Paris*, 20 décembre, p. 1.478.
- 1922 HIRTSCH. — Radiographie du maxillaire inférieur. *Revue de Stomatologie*, p. 410.
- 1923 SICARD. — Luxations récidivantes des mâchoires. Traitement par alcoolisation musculaire locale. *Bulletin Académie de Médecine*, T. 89, n° 8, p. 271.
- 1923 COMBIER et MURARD. — Luxation récidivante unilatérale de la mâchoire inférieure consécutive à une injection d'alcool pour névralgie du trijumeau. *Bull. et Mém. de la Soc. Chirurgie*, p. 689.
- 1924 MEDEN. — Traitement chirurgical des luxations récidivantes du maxillaire inférieur. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, T. 183, n°s 5 et 6.
- 1924 DUFOURMENTEL. — Congrès Orthopédie faciale (janvier)
- 1924 PEUGNIEZ. — Craquement articulaire temporo-maxillaire traité par résection méniscale. *Bull. et Mém. Soc. Chirurgiens de Paris*, p. 387.
- 1924 BERCHER et CHAUMET. — Radiographie de l'articulation temporo-maxillaire. *Revue de Stomatologie*, T. 26 et T. 15.

- 1925 KRIVINE. — Fractures fermées de la région condylienne du maxillaire inférieur. *Thèse*, Paris.
- 1926 DELHERM et MOREL-KAHN. — Principales positions utilisées en radiographie.
- 1926 PODLAHA. — Sur la luxation croisée du maxillaire inférieur. *Zentralblatt für Chirurgie*, T. 53, n° 35, p. 2.199.
- 1927 MAUCLAIRE. — Greffes chirurgicales. *Revue médicale française*, janvier.
- 1927 DUFOURMENTEL. — Double luxation récidivante de la mâchoire inférieure devenue irréductible et opérée. *Bulletin et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, n° 7, avril.
- 1927 MAUCLAIRE. — Des butées osseuses spontanées ou opératoires dans les luxations. *Société de Chirurgie*, 25 avril.
-

SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER
